令和　　年　　月　　日

**秋田厚生医療センター　FAX　０１８－８５７－２３２４　　　　　　　　　　患者紹介用**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **【フリガナ】** | | **【性別・年齢】**  **【　男　・　女　】**  **【西暦　　　　年　　　月　　　日生（　　　歳）】** | |
| **【患者氏名】** | |
| **【紹介元医療機関名】** | | **【主治医名】** | |
|  | |  | |
| **【検査部位】**　項目に☑をお願いします | | | |
| 1. **頭部**　□頭部　□下垂体　□眼窩　□副鼻腔　□側頭骨 | | ※1 撮影を希望される**部位すべて**を☑を入れて下さい。  例1 撮影部位が**頸椎～腰椎**の場合、  ☑頸椎　☑胸椎　☑腰椎　□仙椎　□全脊椎  ※2 撮影を**希望される側方**に☑を入れて下さい。  例2 撮影部位が**左上肢**、肘は不要で**肩部と手部のみ**の場合、  【☑左・□右・□両側】※2 ☑上肢〈☑肩部　□肘　☑手部〉※1  ※3 **３D（VR）作成が必要な場合**、☑をお願い致します。 | |
| 1. **頚部**　□頚部　□咽頭　□喉頭　□甲状腺 | |
| □頚部～胸部　□頚部～上腹　□頚部～骨盤 | |
| 1. **胸部**　□胸部　□胸部～腹部　□胸部～骨盤　□胸部～下肢 | |
| 1. **腹部**　□上腹　□腹部～骨盤　□腹部～下肢 | |
| □骨盤　□骨盤～下肢 | |
| 1. **椎体**　□頸椎　□胸椎　□腰椎　□仙椎　※1 | |
| 1. **四肢** 【□左・□右・□両側】※2　　　□※３　**３D作成** | |
| □**上肢** 〈□肩部　□肘　□手部〉※1□**下肢** 〈□股関節　□膝　□足部〉※1 | | | |
| 1. **その他**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 【**撮影方法**】 | 【**確認項目**】 | | |
| **□単純のみ**  **□造影のみ**  **□単純+造影**  **□ダイナミック**※4 | **感染症**　　　　　　　　　　　□あり　□なし  **持続血糖測定器（リブレ）**□あり　□なし  **体重**　　　　　　　　　　　　　　　　　　Kg  **血液検査日** 西暦　　　　　年　　　月　　　日※5  **eGFR**　　　　　 ※6 **クレアチニン値**　　　　　※6 | | ※4 単純+動脈相+門脈相+平衡相の撮影。  ※5 **３カ月以内**の検査日をご記入ください。  ※6 数値によっては単純のみの撮影になることをご了承ください。**eGFR30以下**で造影検査をご希望の場合、当院に事前にご相談下さい。 |
| **【主症状・検査目的】** | | | |
| 検査日　令和　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　AM　　・　　PM  患者ID番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【病院使用欄】 | | | |

**CT検査申込書（兼）診療情報提供書**

**【お問い合わせ】　秋田厚生医療センター　地域医療連携室　TEL　０１８－８８０－３０５０**